

全てアルファベット又は数字で記入してください。下記1. ～6.までは、誰が記入(代筆)しても構いませんが、書き間違えた場合は、**証明者(医師、助産師)のサインまたはイニシャルが必要です。**

原本2枚提出
が必要です。

CERTIFICATE OF LIVE BIRTH

1. CHILD'S NAME: (Last Name)

LAST

上段に姓、下段
に名を記入。

(First, Middle Name)

FIRST MIDORI

2. SEX:

☐ MALE

☒ FEMALE

3. DATE OF BIRTH: (MM/DD/YYYY)

03 / 01 / 2000

TIME OF BIRTH:

☒ AM / ☐ PM 12 : 45

午前か午後のどちらかに☑して下さい

4. PLACE OF BIRTH: (Name of Hospital)

ABC MEDICAL CENTER

訂正の際は、取上げた医師か
助産師のサインまたはイニシ
ヤルを必ずもって下さい。

(Physical Address)

123 J.S
△△ DR. NW

WASHINGTON DC 20016

5. MOTHER'S NAME:

HANAKO LAST

(Mother's Maiden Name: GAIMU)

(First, Middle, LAST)

6. FATHER'S NAME:

FIRST MIDDLE LAST JR

(First, Middle, LAST)

外国人の氏名は、ミドルネームをイニシャル(MichaelをMなど)に
せず、正式なフルネームを記入して下さい。

I HEREBY CERTIFY THAT THIS CHILD WAS BORN ALIVE AT THE PLACE
AND TIME, AND ON THE DATE STATED ABOVE.

03 / 01 / 2000

(Date: MM/DD/YYYY)

もし、病院の名前や住所を表示し
たスタンプがあれば、ここに押して
もらってください。

お子さんを取り上げた、資
格のある医師、又は、助
産師の署名を青インクの
ペンをお願いします。(※
病院の記録係等の署名
は無効)



(Signature)

JOHN OOOO SMITH

(In print)

☐ MD, ☐ Midwife

病院の記録係ではなく、お子さんを取上
げた医師又は助産師が☑して下さい。